Kukula, Otakar.

O chylosních cystách mesenteria.

650 ~ Thoracic Neoplasms

R



ROČNÍK V. TŘÍDA II. ČÍSLO 36.

O chylosních cystách mesenteria.

Napsal

Dr. Kukula, klin. assistent.

Z c. k. české chirurgické kliniky prof. Dra. Maydla v Praze.

Předloženo dne 19. června 1896.

Nádory mesenterialní staly se teprve v poslední době předmětem bližšího studia, jak se stránky klinické tak i pathologické Cystické nádory známy byly již Balloniovi a Bonnetovi na počátku 17. století. První, který pokusil se o stanovení anatomických vlastností nádorů mesenteria, byl na počátku nynějšího století Portal, který rozdělil je na: tumeurs scirrheuses, stéomateuses, pierreuses, cancéreuses a hydatiques. Od Portala až do doby rozmachu chirurgie břišní staly se nádory mesenterialní toliko předmětem pozorování pathologických anatomů, kteří jedině měli příležitost s nádory těmito na pytevním stole se setkati. Teprve když zavedením antisepse bázeň před otevřením dutiny břišní vymizela a na základě rozdílných šťastně provedených operací břišních odvaha chirurgy k zakročení i v případech nejasných přivedla, stávaly se nádory mesenteria známějšími a předmětem dosud ovšem sporých prací literarních.

Z těch největší pozornosti zasluhuje práce Augagneurova z r. 1886; veškeré do doby té pozorované případy nádorů mesenterialních, počtem 90, v práci této srovnány dle anatomické skladby a na základě klinicky pozorovaných případů učiněn tu pokus diagnostiky, průběhu, genese jich atd. O rok později zabýval se toliko cystosními nádory okruží Hahn a po něm v r. 1892 Frentzel. Kromě obšírnějších publikací těchto nalézáme dále v literatuře kasuistické příspěvky od Rubešky, Bergmanna, Hochenegga, Rasche atd.

Jak vidno, neschází v poslední době v literatuře zájmu pro zajímavé případy tyto; jsouť nám v mnohém ohledu neznámými a nejasnými. Z 28 dosud pozorovaných případů cystosních nádorů mesentérialních podařilo se toliko Pannasovi stanoviti přibližně správnou diagnosu, kdežto v ostatních nebyla vyslovena ani domněnka, že by se mohlo jednati o cystu mesenterialní. Okol-

nost tato s dostatek ukazuje, na jakém stupni vědomosti naše o cystosních nádorech okruží se nalézají. Bude zajisté zapotřebí ještě řady pozorování, by tento nedostatek našeho vědění se vyplnil a aspoň co se týče diagnosy vědomosti naše se zlepšily.

Mezi četnými operacemi břišními, které jsem měl příležitost o prázdninové substituci mého chefa v r. 1895 na klinice naší vykonati, nalézá se též s výsledkem operovaný případ chylosní cysty mesenterialní, který přivedl mne k zevrubnějšímu studiu cyst těchto. Výsledek uvádím v práci následující, k jejíž uveřejnění tím spíše jsem se odhodlal, ježto chylosní cysty mesenteria dosud nestaly se předmětem společného rozboru. Předem budiž uveden chorobopis o průběhu a vyšetření případu mnou operovaného.

J. K., 47letý ženatý kovářský dělník z Mnichova Hradiště, pochází z rodiny zdravé; ve věku 23 roků utrpěl nemocný zlomení dolení čelisti, které po 3 měsících zhojeno bylo.

Od doby té byl nemocný vždy zdráv; v srpnu r. 1894 počal nemocný v krajině podbřišku pociťovati bolesti a nucení k vrhnutí; během doby bolestivost se lokalisovala v krajině žaludeční, zejména po požívání pokrmů, a zmírnila se tehdy, když kompaktní hmoty požité byly vyvrhnuty. Při požívání tekutých potrav byly bolesti nepatrné a náklonnosť k vrhnutí někdy nepatrná, jindy žádná.

V listopadu r. 1894 šel nemocný k lékaři na poradu, který zjistil u nemocného pod levým obloukem žeberním nádor velikosti slepičího vejce a za bloudivou ledvinu nádor ten prohlásil. Po dlouhou dobu na to uvedené příznaky byly nezměněny; za to prý nemocný pozoroval, že nádoru na velikosti přibývá a že mění místo své, procházeje celou levou polovinu břicha a objevuje se brzy pod levým obloukem žeberním, brzy kolem pupku, brzy pod čarou pupeční. V pravé polovině břicha nebyl nádor nikdy hmatným.

V květnu r. 1895 nastalo zvýšení bolestí v krajině žaludeční; bolesti ty se rozšiřovaly směrem do krajiny lumbalní a vzhůru až ku spodní části hrudníka. Po vyvrhnutí požitých potravin nastala z pravidla úleva; jinak bolesti trvaly v nezměněné intensitě 2—3 hodiny. Spánek byl při poloze na levém boku klidný; ležel-li nemocný na zádech nebo na pravém boku, dostavily se známé bolesti a náklonnost k vrhnutí. Stolice byla vždy pravidelná; při močení nepociťoval nemocný nikdy žádných obtíží; v blinkách nikdy stopy krve.

Nemocný na radu lékařskou zkoušel všelijaké prostředky vnitřní, leč bez výsledku; nádor sice v poslední době se nezvětšoval, za to však nemocný počal ztráceti chuť k jídlu a na váze. I odebral se konečně na kliniku naši, kdež byl dne 1./III. 1895 přijat.

Status praesens. Nemocný postavy prostřední, kostry přiměřené, na výživě něco sešlý. Vyšetření organů dutiny hrudní neskýtá žádných změn. V levé krajině pupeční hmatati lze nádor podoby ledvinovité, povrchu hladkého, konsistence tuhé; délka nádoru měří as 9 *cm*, šířka 6 *cm*. Nádor jest excessivně pohyblivý, dá se zatlačiti až do malé pánve a naopak pod levý oblouk žeberní a až do levé krajiny lumbalní. Při insufflaci žaludku a tlustého střeva neznamenáme sice souvislost s organy těmito, nádor stává se ale méně

hmatným. Nádor nejeví pohyby respirační, poklep nad ním jest bubínkový jako po celém břiše. Při vyšetření v narkose stávají se contoury nádoru hmatnějšími; jasně hmatati lze na vnitřní straně zářez, který jest nepochybně hilus ledviny; rovněž tak celá podoba jeho nasvědčuje tomu, že se jedná o bloudivou ledvinu.

Diagnosa stanovena na ren migrans a dne 21. srpna přikročeno ku nefropexis. Řezem Kocherovým as 12 *cm* dlouhým proťaty kůže, svalstvo, fascie lumbocostalis, fascia transversa, načež prsty vniknuto do prolabujícího tukového vaziva perirenalního; v něm bylo možno hmatati jasně levou ledvinu úplně nepohyblivou. Nádor nalézal se v malé pánvi a dal se snadno do krajiny operativní rány pošinouti; při bližším vyšetření nyní zjištěno, že jeví patrnou fluktuaci. I souzeno, že se jedná o cystu omentalní; prodloužením řezu směrem do vnitř proťato svalstvo břišní, otevřena dutina peritonealní a nádor z dutiny břišní povytažen. K nemalému překvapení ukázalo se, že se jedná o cystu mesenterialní tenkého střeva s vakem podobným dermoidním cystám; rovněž tak poukazoval i kašovitý, šedavý obsah na dermoidní cystu. Po vypuštění obsahu hleděli jsme cystu enucleovati; pokus ten nezdařil se jednak pro pevný srůst cysty se svalstvem střevním, jednak proto, že na větší části povrchu cysty serosa byla s nádorem úplně srostlá. Za tou příčinou vykonána resekce přirostlé kličky střevní a cysta resekcí mesenteria odstraněna. Enterorrhaphie obvyklými stehy slizničními a serosomuskularními; reposice sešité kličky a uzavření rány operativní ve 3 etážích.

Průběh po operaci byl idealní; nemocný zhojen propuštěn 10. září, tedy 20 dní po operaci. Ve schůzi spolku českých lékařů dne 11. listopadu 1895 jsem nemocného představil; zhojení je trvalé, nemocný nepociťuje žádných obtíží žaludečních a cítí se úplně zdravým.

Jak z přiloženého vyobrazení patrno jest, hoření plocha vaku cysty srostla úplně s tenkým střevem; serosa střeva přechází tu direktně v serosu hoření části cysty a dá se makroskopicky sledovati v průběhu as hoření třetiny povrchu vaku; odtud až blíže k dolenímu polu cysty, který jeví zářez podobný hilu ledviny, serosa není patrná jako vrstva cystu pokrývající; povrch je zde místy hladký a lesklý, místy znamenati lze hrbolatost a ztrátu lesku. Blíže hilu stává se opět serosa patrnou v podobě jemné řasy, která s listem protilehlým těsně pod dolením polem se stýká. Na druhé straně, vzhledem k poloze v dutině břišní, na straně zevní, není cysta tak pevně s kličkou tenkého střeva srostlá jako na straně vnitřní; serosa střeva tvoří tu jemné řasy a přechází v serosu cysty, která sahá makroskopicky o něco níže než na straně vnitřní; jinak v největší části povrchu jest na zevní ploše stěna cysty mírně hrbolatá a nelesklá; cévy nějaké nelze rozpoznati; na dolením polu na zevní straně tytéž poměry jako na vnitřní ploše cysty. Podoba a velikost cysty připomíná úplně ledvinu. Vnitřní povrch cysty jest špinavěžlutý; četné trámečky, ze stěny do vnitř vystupující, tvoří síť s rozdílně velkými prostorami.

Mikroskopicky shledáno, že stěna cysty v celé tloušťce své se skládá z hustého vaziva celkem vlnitého, místy s menším, místy s větším počtem jader; vazivo to uloženo je celkem paralelně se stěnou cysty a protkáno je

cevami, jichž stěny jsou hypertrofické; místy nalézáme v něm uložené podlouhlé pruhy a nepravidelné skupiny malobunečného infiltrátu. Vnitřní povrch cysty není vystlán žádnou výstelkou; buňky vazivové, těsně vedle sebe ležící, s dlouhými jádry, vyčnívají tu do vnitř cysty, jevíce v místech trámečků vnitřního povrchu mírnou pigmentaci a velice husté, těsné uspořádání. Zevní povrch cysty tvoří v největším rozsahu kompaktní vrstva vaziva fibrilérního, ve které nelze rozeznati, co náleží cystě a co serose; teprve blíže srůstu cysty se střevem nalézáme přikládající se serosu v podobě jemného vlnitého pruhu, složeného z jemných fibril a vláken elastických, pokrytých velkými buňkami endothelialními. Mezi serosou a stěnou cysty nalézáme silně rozšířené cévy a ve volné trámčině uloženiny tuku a shluky malobuněčného infiltratu.

Qualitativní analysa obsahu cysty as 250 *gr* vážícího vykonána kol. Drem. Formánkem, assistentem ústavu pro lučbu lékařskou; i shledáno, že obsah sestává hlavně z tuků a volných kyselin mastných; cholestearin nebyl dokázán. Mikroskopicky nalezeno, že obsah skládá se téměř jen z buněk tukových, dosti četných krystalků kyselin mastných a sporých červených krvinek.

Jak z nálezu makroskopického a chemického patrno jest, jedná se v případě tomto o vzácnou chylosní cystu mesenteria; porovnáme-li případ ten s ostatními dosud pozorovanými, nalezneme v mnohém ohledu velikou podobnost, v jiném malé odchylky. Nebude tudíž nezajímavo veškeré dosud pozorované případy vespolek porovnávati a na základě výsledku společného tohoto rozboru stanoviti průběh klinický, diagnostiku a výsledky operativní therapie dosud pozorovaných chylosních cyst okruží.

Hahn uvádí v publikaci své z r. 1887 celkem 17 případů mesenterialních cyst vůbec do doby té operovaných; dle obsahu jich rozdělil je na:

1) cysty krevní; případ Spencer-Wells (1) a Hahn (1);

2) cysty serosní počtem 8: Tillaux (1), Thornton (1), Watts (1) Péan (2) a Lawson Tait (3);

3) cysty echinococcové počtem 2; případy také popsal Carter (1) a Pannas (1);

4) cysty chylosní počtem 5; Millard-Tillaux (1), Werth (1), Küster (1), Bergmann (1), Kilian (1).

Naproti tomu Frentzel rozděluje 19 případů mesenterialních cyst, v publikaci své uvedených, vším právem na 10 případů se zaručeným sídlem v mesenteriu, a na případy, o nichž se nedá s určitostí souditi, zda se jednalo skutečně o cysty mesenterialní. O jedněch z těchto existují totiž vůbec jen pranepatrné zmínky o operaci; u jiných nedá se z punkce cysty souditi o poloze její, konečně u jiných dle udání autorů jedná se o cysty retroperitonealní. U žádné z těchto 9 cyst sídlo v mesenteriu nebylo dokázáno a nepoukazovalo ani mikroskopické vyšetření v některých případech provedené na polohu v mesenteriu.

Statistika Frentzelova a Hahnova vykazuje celkem 22 případů cyst mesenterialních, z nichž u některých sídlo v mesenteriu není určité; nepovšimnuty zůstaly Frentzelem případ Löhnleinův, Landauův, Ra-

schův a případ Rubešky, kteréžto případy před publikací Frentzelovou uveřejněny byly.

Pokud jsem z literatury seznati mohl, operováno dosud 28 případů cyst mesenterialních (?); kromě uvedených 17 případů Hahnových jsou to dále případy: Mac-Donald (2), Millard (1), Péan (1), Löhnlein (1), Landau (1), Rasch (1), Rubeška (1), Lücke (1), Hochenegg (1) a konečně případ můj. Ze všech těchto případů dle polohy a vyšetření obsahu a stěny cysty jsou cystami chylosními v duplikatuře mesenteria na jisto vzniklými následující případy:

I. Millard a Tillaux (uveřejněný v Bulletin de l'académie de médecine 1880). 31letý nemocný, dříve vždy zdravý, pojednou stižen byl na ulici prudkými bolestmi v břiše; zároveň dostavila se silná obstipace, vzdorující veškerým prostředkům purgativním. V nemocnici Lariboisière konstatován velice pohyblivý nádor v pravém mesogastriu, který pokládán z prvu za bloudivou ledvinu. Po 8denním pobytu v nemocnici bolesti, dříve stálé, dostavují se v záchvatech; nemocný, stižen záchvatem, leží hlavou ke kolenům skloněnou aneb chodí silně skloněn po pokoji. Stálá obstipace.

Při vyšetření shledán nádor v pravo od pupku velikosti as dětské hlavy, nebolestivý, napjatý a velice pohyblivý.

Diagnosa: Invaginace střevní. Ježto therapie po 5 týdnech neměla žádoucího výsledku, vykonána laparotomie; po otevření dutiny břišní shledán nádor kulovitý, hladký, položený mezi oběma listy mesenterialními. Punkcí cystosní nádor vyprázdněn, načež vak na basi 6—7 ligaturami podvázán a resekován; stopka kauterisována a ponořena do dutiny břišní. Průběh bez reakce; zhojení.

Mikroskopické vyšetření obsahu cysty ($^1/_2$ litru) ukazuje tuk dílem v kapkách, dílem v margarinových jehlicích; žádné útvary epithelialní v obsahu cysty, jen sem tam sporé buňky vazivové. Stěna cysty ukazuje kromě serosního povlaku 3 vrstvy: střední pozůstává z mladého vaziva, v němž uloženy jsou v kulatých prostorkách lymfoidní buňky; jsou to folikule s jemným reticulem; vnitřní složena je z fibrosního vaziva; konečně zevní vrstva jest velice pevná a ve spojení se serosním povlakem; četné ztluštělé dilatované cévy nalézají se hlavně ve vrstvě střední.

II. Případ Werthův (Archiv für Gynaekologie, Bd. XIX. 1882.). Nemocná před 3 měsíci zpozorovala v záchvatu břišní koliky nádor v břiše; podobné záchvaty opakovaly se pak častěji, jmenovitě po jídle a delším namáhání. Při vyšetření zjistiti se dá nádor nad symfysou, který jest velice bolestivý a nikterak s genitaliemi nesouvisí. Hned po vyšetření dostavují se silné kolikovité bolesti kolem pupku; při palpaci lze zjistiti, že nádor s částí kliček střevních sestoupil do malé pánve, kdežto před tím přiléhal ke stěně břišní; při tom stává se hmatným pruh napjatý, táhnoucí se poblíže čáry střední z krajiny pupeční ku vchodu do malé pánve. Nádor jest velikosti dětské hlavy a zejména ve směru vertikalním pohyblivý. Poněvadž bolesti nemizejí i po velkých dávkách opia a následkem stálého vrhnutí nemocná na výživě ztrácí, přikročeno k operaci, aniž by diagnosa stanovena byla.

Laparotomie v linea alba; po odstranění kliček tenkého střeva shledán široký napjatý pruh, který v levo od pateře se táhne do malé pánve k hořenímu polu nádoru a radix mesenterii tvořen jest. Nádor cystosní položen je v duplikatuře okruží tenkého střeva, a to tak, že příslušná část střeva se nalézá na spodní straně nádoru. Enukleace cysty; sešití mesenterialní rány. Zhojení bez reakce.

Obsah cysty podoben jest rozpuštěné křídě; v klidu tvoří se větší kousky maltovité kaše. Mikroskopicky tukový detritus, žádné elementy formované. Stěna cysty mikroskopicky vyšetřena ukazuje složení vazivové, v jehož mezerách se na-

lézají kulovité polygonalní buňky rozdílné velikosti, s malým kulovitým jádrem. Ve střední části stěny patrné lymfatické pojivo; velice jemné reticulum s malými buňkami kulovitými v interstitiích; nikde však žádné uspořádání folikule připomínající; ve vrstvě této četné cévy. Na žádném místě, rovněž tak ne v obsahu cysty buňky epithelialní neb endothel.

III. Bergmann (Bramann, Archiv f. klinische Chirurgie, 1887.). 63letý nemocný před 12 roky trpěl haemorrhoidy, od 5 roků obstipací, která jej nutí užívati stále purgantií. Od $1^1/_2$ roku obstipace tvrdošijná a břicho stále mírně napnuté. Před 5 měsíci zpozoroval nemocný náhodou při ohmatávání břicha nádor velikosti pěsti, nebolestivý, pohyblivý, který od té doby roste, aniž by nějakých příznaků vyvolal.

Při vyšetření shledán v krajině pupeční nádor velikosti dětské hlavy, povrchu hladkého a jasně fluktuující. Nádor proti stěnám břišním lehce pohyblivý činí dojem mírné fixace v krajině lumbalní; dá se však vtlačiti jak k oběma obloukům žeberním, tak do obou krajin lumbalních.

Diagnosa nebyla stanovena. Při operaci po otevření dutiny břišní shledán nádor kulovitý, napjatý, krytý lesklým povlakem peritonealním. Vzdor pohyblivosti dal se nádor toliko z poloviny z břicha vytáhnouti; nad ním nalézaly se četné kličky tenkého střeva místy těsně přirostlé ke stěnám nádoru Incise cysty; vnitřní povrch hladký, lesklý; spodina cysty sahá patrně až k pateři. Částečná resekce vaku a zašití jeho do stěn břišních. — Zhojení.

Histologický nález částečně resekovaného vaku: vazivo dosti tuhé a četnými cévami a prostorami lymfatickými protkané; na ʌnitřním povrchu ani endothel ani epithel.

Obsah cysty mlékovitý, dosti hustý, téměř sněhobílý, bez vloček a sraženin; pod mikroskopem nalézáme velice jemnou tukovou emulsi; tukové kuličky lesklé a zrnité, sporé krystalky cholestearinové a červené krvenky. Přidáním kyseliny octové a vařením nastává úplné sražení; třepáním v etheru se rozpouští obsah ve světle žlutou, skorem průhlednou tekutinu, která má veškeré chemické vlastnosti chylu.

IV. Rasch (The Lancet 1889, str. 1064). 21letá dívka zvedala před měsícem velké břemeno; týden na to stižena byla silnými bolestmi břišními; zároveň shledala dosti široký kulovitý nádor, položený hoření hranicí asi 2 palce nad čarou pupeční. Nález při vyšetření neuveřejněn, rovněž tak nebyla stanovena diagnosa.

Při operaci shledán nádor mezi oběma listy mesenterialními položený, povrchu bledě růžového; discissí vaku vyprázdněna tekutina mlékovitá, načež stěny cysty přišity ke stěnám břišním. Mlékovitá tekutina vytékala po dosti dlouhou dobu z vaku, načež nastalo úplné zhojení.

Chemické i mikroskopické vyšetření tekutiny, jejíž množství bylo asi 3 litry, dokázalo, že se jedná o chylus. V malé části vaku, za příčinou vyšetření resekované, nenalezeny žádné elementy epithelialní.

V. Rubeška (Časopis českých lékařův a Centralblatt für Gynaekologie 1889). 10letá dívka dobře živená a svalnatá udává, že se jí od $1^1/_2$ roku vyvíjí nádor v životě a že trpí často bolestmi v kříži, životě a u srdce. Vyšetřením shledán v levém podbřišku blíže čáry střední nádor zvící pěsti, měkký, šplýchavý, obklopený kolem střevy a pohyblivý. Na ostatních organech nic nepravidelného. Hymen neporušen, děloha pohyblivá; vedle její levé hrany svrchu popsaný nádor při tlaku bolestivý. Vaječníků nebylo lze hmatati, aniž nějakého spojení s dělohou.

Diagnosa stanovena na cystovarium. Při laparotomii shledáno, že předstěra je srostlá s nádorem zvící dvouzlatníku; nádor seděl nad levým zadním quadrantem vchodu pánevního v okruží tenkého střeva a sahal od kořene jeho až k inserci okruží na střevo. Po odloučení adhaerovaného omenta cysta vyzdvižena a naříznuta; vytekl z ní řídký kašovitý obsah tukový, žlutavě zbarvený. Na to dolení list

okruží naříznut a cysta dílem tupě, dílem nůžkami ze svého ložiska mezi oběma lupeny okruží vyloupnuta. Zhojení.

Odstraněná cysta měla velikost pěsti a tvořila jednu dutinu s vnitřním povrchem hladkým; stěna cysty na tlustších místech skládala se ze tří vrstev, z nichž prostřední byla nejsilnější, vnitřní pak nejtenčí.

Mikroskopicky skládala se vnější z vlnitého vaziva s mírným počtem jader; ve vazivu uloženy jsou větší i menší cévy krevní; směrem do vnitř přibývá buničných elementů značně a shledáváme místy uložené skupiny kulatých i hranatých buněk. Prostřední vrstva je mnohem řídčeji utkána; vazivové prostory obsahují z části reticulum a v tomto podobné kulaté a polygonalní buňky jako ve vrstvě předešlé; cévy jsou tu rovněž rozloženy a sem tam barvivo. Vnitřní nejtenčí vrstva je složena opět z hustého fibrillarního vaziva se sporými jádry; na vnitřní ploše není nikde žádného epithelu, sem tam buničká endothelialní.

VI. Hochenegg (Wiener klinische Rundschau 1895). 31letý stavitel počal před 4 roky trpěti zácpou, která jej přinutila užívati různých laxantií. Na počátku r. 1894 dostavily se po několikadenní obstipaci žaludeční křeče, totiž záchvaty bolestí v krajině žaludku, které znenáhla se stávaly silnějšími. Po takém záchvatu pozoroval nemocný v březnu nádor v břiše, kulovitý, nebolestivý, lokalisovaný pod levým obloukem žeberním a velice pohyblivý. Od té doby nádor více nezmizel; vzrůst nádoru nebyl patrný. Vzdor největší opatrnosti nemocného a při přísné dietě záchvaty bolesti trvaly dále.

Palpací zjistiti se dá v krajině umbilikalní nádor povrchu hladkého, kulovitý, konsistence elastické, velikosti koule na kulečníku. Nejnápadnější je pohyblivost ve všech směrech; jak směrem do pánve, tak, ač ne úplně, do obou krajin lumbalních, ano i zcela dobře pod oblouky žeberní. Při rozdílných polohách těla byla i poloha nádoru v břiše rozdílná. Perkussí daly se zpravidla nad nádorem zjistiti kličky střevní; jestliže však nádor byl fixován a proti stěnám břišním tlačen, vykazoval poklep prázdný.

Diagnosa stanovena per exclusionem na cystický nádor omentalní.

Laparotomia řezem v linea alba; omentum shledáno intaktní, v mesenteriu pak zjištěn nádor před pateří, který kličkou střevní byl obklopen. Polohou svojí odpovídal nádor nejširší partii mesenteria nejpohyblivější části tenkého střeva; vyrostl patrně z duplikatury mesenteria, jejíž listy však stejnoměrně nerozepjal; přední list byl silně rozepjatý a roztažený, kdežto zadní byl silný, tukem pokrytý a tvořil jaksi podložku nádoru Enucleace cysty, zhojení.

Stěna cysty složena z vaziva, ukazujícího dvoje vrstvy; zevní, jejíž pojivo jest chudé na buňky vazivové a složeno je ze svazečků téměř homogenních, propletených sem tam cévami, jichž stěny jsou hypertrofické. Vnitřní vrstva praesentuje se jako tkaň granulační s vřetenovitými buňkami a četnými kapillarami; směrem do vnitř přechází tato bez patrného přechodu do jemné vrstvy, vystýlající dutinu cysty a pozůstávající z více vrstev epitheloidních buněk; zevně přecházejí tyto buňky poznenáhla do buněk vazivových; do vnitř ohraničeny jsou velkými plochými buňkami s intensivně se barvícími jádry. Nápadné jsou ve všech vrstvách položené, epitheloidními buňkami vystlané mezery, které jsou dílem prázdné, dílem červenými krvinkami naplněné. Obsah cysty jest bílá tekutina, hustá, tvarohovitá, jež obsahuje tuky a cholestearin.

Ne úplně zaručenými cystami chylosními v duplikatuře mesenteria vzrostlými jsou následující 2 případy:

VII. (?) Küster (Ein chirurgisches Triennium 1876—1878, Berlin 1882). 21letá dívka pozoruje od posledních menses před 3 týdny nádor nad pupkem, který jest tvrdý a v hloubi dutiny břišní uložen; od doby té pozoruje nemocná, dříve vždy zdravá,

spontanní bolesti v nádoru, které při poloze na zádech při nejmenším dotyku velice intensivně se stupňují.

Při vyšetření zjištěn nádor v krajině pupeční, zejména ve směru vertikalním pohyblivý, velikosti dětské hlavy, bolestivý a jasně fluktuující. Dva dny před přijetím vykonána punkce, která několik dní na to opakována v nemocnici; při obou vytékala tekutina mlékovitá, neprůhledná.

Diagnosa: cysta, jejíž sídlo se nedá určiti; poloha vylučuje ovarialní cystu. Laparotomií v linea alba nad pupkem nalezen kulovitý nádor mezi oběma listy mesenterialními, který vytlačuje konvolut kliček tenkého střeva a srostlým jest s omentem před nádorem položeným. Incisí tohoto obnažen bělavý nádor, který po odpraeparování četných adhaerujících kliček enucleován z mesenteria, v jehož listech sahal až téměř ku pateři. Smrt peritonitidou po 18 hodinách.

Mikroskopické vyšetření stěn cysty vykonáno bohužel příliš rychle, než aby případ stal se úplně jasným. Vnitřní povrch je kryt dlaždicovitým epithelem ve více vrstvách. Mlékovitý obsah vyšetřen Salkovskim; chemicky dokázány bílkoviny 7·34%, tuk a cholestearin 5·94%; mikroskopicky nalezena zrnka a sporé buňky tukové, tukově degenerované epithelie a sem tam bílé krvenky.

VIII. (?) Carter (British med. Journal 1883). Žena 44letá pozoruje od 2 roků nádor v životě; nádor velikosti pomeranče nalézal se z prvu ve výši pupku a zdál se býti zejména lateralně velice pohyblivým; od 6 měsíců nádor se zvětšuje a stává se méně pohyblivým. Bolesti břišní vyvolává teprv v poslední době; tyto provázeny jsou tvrdošijnou obstipací.

Břicho nadmuté, zejména v levo, kde pociťuje nemocná zvláštní pocit tíže; fluktuace ve všech směrech po celém břiše; bolestivost a pocit tlaku zejména 6 coulů nad pupkem.

Diagnosa: unilocularní ovarialní cysta. Při laparotomii nalezena tenká, ve všech směrech širokými venami obklopená cysta, která jest po stranách volná a jen hoření částí zdá se býti fixována; incise stěny cysty a vyprázdnění obsahu v množství několika litrů. Při povytažení vaku z ránv jest zjevno, že na levé straně v krajině pateře jest fixován. Částečná resekce cysty a přišití zbytku cysty ku stěnám břišním.

Exitus lethalis 6 dní po operaci.

Obsah cysty: tekutina mlékovitá, jasná, celkem vysoké specif. váhy, alkalická; žádná sraženina při vaření, však lehké zkalení přidáním několika kapek kyseliny octové, které přidáním většího množství kyseliny octové mizí; 10% roztokem dusičnanu stříbrnatého tvoří se bílá sraženina. Mikroskopicky ani obsah cysty ani stěna vyšetřena nebyla.

V prvních šesti případech, rovněž tak v mém případě jest diagnosa chylosní cysty mesenterialní téměř naprosto jistá. Poloha mezi duplikaturou okruží dokázána při operaci; obsah pak, vyšetřený dílem chemicky, dílem mikroskopicky, poukazuje k tomu, že se jedná o chylus. Přesná qualitativní analysa vykonána toliko v případě Küsterově a v případě mém; dá se však z obsahu i u jiných případů uvedených souditi, že se jednalo o chylus. V každém totiž zjištěna přítomnost nadbytků tuků, v některém dokázán cholestearin, v jiném buňky bezbarvé; tedy vlastnosti svědčící pro chylus, který liší se právě větším obsahem tuků od plasmatu krevního a jiných trans- a exsudatů.

Podobně jako složení obsahu mluví i mikroskopické vyšetření stěny cyst pro chylosní cysty v případech těchto; složení totiž z vaziva a nepřítomnost výstelky epithelialní, kterou liší se cysty tyto od dermoidů, dosud v mesenteriu

určitě nezjištěných. Výjimku činí toliko případ Hocheneggův s více vrstvami epithelialních buněk na vnitřní stěně cysty. Hochenegg vykládá vznik výstelky této nekrobiotickými a zánětlivými změnami ve stěně vaku, které měly za následek ztrátu endothelu a vytvoření se (následkem dráždění stěn obsahem cysty) granulační tkáně, jejíž buňky, podobně jako při vhojení se cizích těles, na místě kontaktu s obsahem cysty v epitheloidní buňky se proměnily. Výklad tento jest zajisté oprávněný; i vzhledem k chemickému vyšetření obsahu cysty nutno případ ten za chylosní cystu prohlásiti.

Poněkud neurčitými jsou případy Küsterův a Carterův, které v chorobopisech znamením otázky označeny byly. V prvním mluví proti existenci chylosní cysty vrstva dlaždicového epithelu na vnitřní stěně cysty; jak sám Küster doznává, vykonáno vyšetření mikroskopické povrchně a není tedy vyloučena možnost, že se jednalo v případě tom o výstelku endothelialní, která by ovšem chylosní cystě nasvědčovala; vzhledem k vyšetření chemickému, provedenému Salkovskim, a z mlékovité barvy obsahu jest velice pravděpodobno, že se jedná o cystu chylosní. Rovněž tak v případě Carterově dá se dle jakosti a chemického vyšetření souditi, že se jedná o cystu chylosní, ač sídlo její v mesenteriu není určitě zjištěno.

Celkem jest tedy, počítaje i případ můj, dosud známo 7 cyst chylosních na jisto v mesenteriu se vyvinuvších a 2 cysty, jež s největší pravděpodobností k cystám těm čítati můžeme. Nemohu opomenouti uvésti tuto jediný případ chylosní cysty retroperitonealní, popsaný Kilianem; případ ten sídlem svým podstatně se liší sice od mesenterialních cyst chylosních, vzhledem však ku genesi těchto jest velice zajímavým:

Žena 61letá pozorovala od 4 týdnů zvětšení objemu břišního; zároveň stižena byla bolestmi v krajině žaludeční a v pateři, průjmy a vrhnutím. Při vyšetření shledáno břicho v pravo dosti vypouklé; vrchol vypnutí toho nalézal se něco v pravo od pupku. Při palpaci zjištěn nádor kulatý, hladký, jasně fluktuující. Punkcí Potainovým aspirateurem vyprázdněno asi $2^1/_2$ litru tekutiny mlékovité; po 4 týdnech druhá punkce, při čemž odstraněno opět as 2 litry tekutiny týchž vlastností. Za 4 týdny se cysta opět naplnila, pročež vykonán řez a drainage. Po 8 týdnech úplné zhojení. Při operaci zjištěno, že pravá ledvina cystou byla posunuta směrem k stěnám břišním, aniž by brala podílu na tvoření cysty.

Vyšetření obsahu cysty ukázalo, že šedá mlékovitá tekutina skládala se z tuku v jemné emulsi; mikroskopicky shledány buňky tukové, zrnité kuličky podobné těliskům colostralním Přidáním aetheru úplné vyjasnění tekutiny. Nepřítomnost epithelialních elementů a uvedené vyšetření mikroskopické zřejmě svědčí pro chylus. Vznik cysty té vykládá autor retencí v ductus thoracicus.

Genese chylosních cyst mesenterialních není do dnes řádně vysvětlena; všeobecně se má za to, že příčinou vzniku jich jest retence chylu, vyvolaná nějakou překážkou v oběhu jeho. Tato retence může vésti jednak k utvoření cysty v cevách chylosních a jich vývodech, nebo k utvoření se cyst ve žlazách, které následkem nahromadění se chylu v nich propadají cystosní degeneraci.

Prvý způsob vzniku odůvodněn jest v literatuře případem Rokitanského, který dlužno považovati za počáteční stadium cyst retenčních: u 62leté ženy,

stižené povšechnou vodnatelností, chylosním hydrothoraxem a ascitem při vadě srdeční, nalezena značná ektasie nejen v ductus thoracicus, nýbrž hlavně v cevách chylosních, kteréž obsahovaly hmoty mazlavé, šedavé, opalisující; na těchto hmotách mnoho krystalů jehlicovitých, drť zrnitá a sporé buňky. V ductus thoracicus septa.

Jiný doklad možnosti této nalézáme v uvedeném případě Kilianově; vznik rozsáhlé cysty chylosní retroperitonealní vykládá se tu vším právem retencí v ductus thoracicus. Stvrzení nálezem anatomickým sice postrádáme, leč nálezy varikosních rozšířenin ductu thoracicu a sept ve případu Rokitanského nasvědčují možnosti výkladu tohoto.

Z nálezů těch dá se souditi, že asi zánětlivé změny vésti mohou k obliteraci menší neb větší cévy chylosní, eventuelně k vytvoření cysty. Příčinu těchto zánětlivých změn (obliteraci původu tuberculosního neb metastatického při chylosních cystách dosud pozorovaných možno vyloučiti) jest ovšem těžko naznačiti; jak Hlava podotýká, není možnost vyloučena, že invasí mikrobů podobné záněty by mohly býti způsobeny.

Pro druhou možnost vzniku chylosních cyst, totiž cystickou degeneraci žlaz, následkem retence, vyvolané nějakou překážkou v oběhu chylu, mluví velká část dosud pozorovaných případů. Nasvědčuje tomu jednak nepřítomnost povlaku endothelialního, jednak zjištění útvarů v některé vrstvě vaku, které za žlazové zbytky považovati možno. Tak nalezeny v případě Millard-Tillaux-ově ve střední vrstvě vaku kulovité, lymfoidními buňkami naplněné prostory, totiž folikule s retikularním pojivem; rovněž v případě Werthově zjištěny prostory naplněné kulovitými buňkami ve velice jemném reticulu, konečně podobný nález shledán i v případě Rubeškově.

Dalším dokladem možnosti vzniku ze žlaz jsou některé případy mnohonásobných cyst pozorovaných pathologickými anatomy. Z případů těch (Rokitansky, Virchow, Hlava) největší pozornosti zasluhuje případ Hlavův.

Při pytvě muže 29letého, který zemřel za příznaků rakoviny žaludku, zjištěny v mesenteriu nádory nejrůznější velikosti, počínaje od velikosti hrachu až do dětské hlavy; nádory tyto, náležející patrně žlazám mesenterialním, byly světle oranžové barvy a konsistence měkké; na větších z nich bylo patrné šplýchání. Mikroskopickým vyšetřením nádorů těch zjištěno: v malých žlazách prostory lymfatické, naplněné lymfoidními buňkami aneb drtí, která zjevně z rozpadlých buněk lymfoidních pochází, aneb zhoustlou lymfou, ve kteréž hlati látek takových vypadly. Čím dále od střeva, tím větší je žláza mizní, tím méně však nalézáme normalní její tkáň; za to tím více obsah hustý, až konečně žlázy duodena a jejuna nejvíce jsou rozšířeny a obklopeny vazivem pevným. Komunikace žlaz nejhořejších nedá se ani s truncus intestinalis ani s ductus thoracicus dokázati; zdá se, jakoby truncus intestinalis, který chylus ze všech žlaz mesenterialních sbírá, byl ucpán; nasvědčuje tomu jednak dislokace cyst a největší dilatace žlaz nejhořeji položených, konečně i mikroskopicky konstatované naplnění vasa afferentia et efferentia lymfoidními buňkami.

Různá stadia cystosní generace počínaje od infarktu žlaz mízních až ku úplnému utvoření se cysty s pevnou stěnou v případě Hlavově, zajisté s dostatek odůvodňuje výklad vzniku chylosních cyst z cystosní degenerace žlaz, vyvolané obliterací, kterou bychom si ovšem vysvětlovali, jak svrchu podotčeno, změnami zánětlivými.

Dle náhledu mého jest však i jiný výklad možný. Jest známo, že cystosní nádory krku, t. zv. hygroma colli cysticum, objevující se dosti zřídka u dětí, nejsou nic jiného než lymphangiomy, v nichž dle Köstera, Winiwartera a Wegnera, stálou dilatací prostor lymfatických se vyvinou mnohonásobné cysty. V případě takém mluvíme o lymphangioma cysticum; zmizením přepážek cyst těch vzniknouti může jednotná cysta, na jejíž vnitřním povrchu někdy zbytky přepážek cyst nalézti lze; jednotnou cystu takovou nazýváme hygroma colli cysticum. Nádory takové také nalezeny byly nejen na krku, ale i pod svalem pectoralis major (Ipavic), v jazyku (Samter), tváři (Ranke) atd.; z pravidla bývají jednotné; jindy na krku složeny bývají z více dutin, po případě ukazují zbytky dřívějších sept na stěnách.

Nuž vyskytují-li se také hygromy původu lymphangiomatosního na rozdílných místech těla ve volném pojivu, není zajisté vyloučena možnost vzniku jich ve volné duplikatuře okruží, čili jinými slovy není vyloučena možnost, že chylosní cysty mesenteria nejsou nic jiného než podobné lymphangiomy, u nichž stálou dilatací prostor lymphatických a splynutím mnohonásobných prostor vznikly cystické nádory jednotné.

Nedostatek endothelialního povlaku nemluví nikterak proti původu tomuto; delším trváním cysty, tlakem obsahu na vnitřní povrch její, processy zánětlivými ve stěně vaku probíhajícími lehce tato výstelka endothelialní může přijíti na zmar; ostatně v případě Rubeškově nalezeny na vnitřní stěně cysty sem tam buničky endothelialní. Neméně nesvědčí proti možnosti vzniku tohoto zbytky elementů žlazových, pozorované v případě Millard-Tillaux-ově a v případě Werthově; vzrůstem cysty v pojivu roztažitelného okruží mohou za příznivých okolností zajisté zbytky žlázy se zachovati a v stěny cysty později pojaty býti.

Z toho jest patrno, že mikroskopická struktura chylosních cyst dosud pozorovaných nevylučuje nikterak vznik jich z lymphangiomů, ano případ můj dokonce vzniku tomu silně nasvědčuje; četné trámečky na vnitřní stěně cysty se nalézající považovati možno právě jako při hygromech za zbytky přepážek jednotlivých dutin lymphangiomu cystického.

Vydatnou podporu nalézá výklad ten případy lymphangiomů cavernosních v okruží, popsaných Le Dentu-em, Sabourinem a Weichselbaumem. V prvním jednalo se o nádor velikosti slepičího vejce, nalézající se v mesocolon transversum; Sabourinův případ byl rovněž velikosti slepičího vejce a položen byl v mesenteriu hoření části ilea; tutéž polohu zaujímal nádor, popsaný Weichselbaumem; nádor ten velikosti dlaně pojmenován byl Weichselbaumem vzhledem k obsahu svému chylangioma cavernosum.

Těmito nálezy chylangiomů mesenterialních pravděpodobnost vzniku chylosních cyst chylangiomů je dosti velká; podobně jako u cystosních nádorů krku, tak per analogiam i u chylosních nádorů mesenteria jest vznik z lymphangiomů cavernosních zmizením endothelu a přepážek možný. U nádorů krku dle prací uvedených jest vznik ten téměř na jisto dokázán; u chylosních cyst třeba vyčkati dalších pozorování; mnohé vzniku tomuto zajisté nasvědčuje. Kromě uvedených případů chylangioma činí vznik ten pravděpodobný i vyskytování se toliko jednoho nádoru cystosního; těžko jest si představiti, aby cystosní degenerace zachvátila toliko jednu neb několik žlaz mesenterialních, z nichž by jednotný nádor cystosní pak vyrostl; tato vedla by spíše, jak případ Hlavův ukazuje, k utvoření se mnohonásobných cyst.

Objevení se symptomů chylosních cyst dlužno rozeznávati dvojí; v případech Millard-Tillaux-ově, Raschově, Werthově stižen byl nemocný náhle silnými bolestmi kolikovitými; rovněž tak nemocná Küsterova pocítila po posledních menses silné bolesti břišní, které při nejmenším dotyku silně se stupňovaly.

Naproti tomu v případech Bergmannově a Hocheneggově trpěli nemocní po dlouhou dobu zácpou; bolesti kolikovité dostavily se teprve v poslední době. Carterův případ probíhal z počátku úplně bez bolestí; v případě Rubeškově charakteristické bolesti traktu zažívacího nebyly vůbec vyznačeny; konečně v případě mém objevily se ihned z počátku obtíže a bolesti toliko žaludkové. Vzhledem k jakosti symptomů nalézáme tedy ve 4 případech náhlé bolesti kolikovité, ve 2 případech jako počáteční symptom obstipaci, konečně v jednom z počátku docela žádné, v jednom v celém průběhu žádné bolesti střevní, v mém případě toliko obtíže a bolesti žaludkové.

V dalším průběhu z prvních 3 případů ve všech se koliky opakují a v jednom provázeny jsou zácpou. V následujících 2 případech obstipace se stupňuje; v jednom z nich připojují se křečovité bolesti žaludkové. V mém případě bolesti žaludkové a vrhnutí čím dále tím více se stupňují, konečně v případě Carterově dostavují se teprve v poslední době bolesti kolikovité.

Z toho jest patrno, že ve většině případů dominují buď hned na počátku neb později příznaky se strany traktu střevního; nejsou však, jak z případu mého a z případu Rubeškova vysvítá, charakteristické pro chylosní cysty mesenteria.

Na symptomy tyty upozornil při cystosních nádorech mesenteria již Hahn a důkladněji o několik roků později Frentzel, který zjistil, že dostavují se v 70%. Pokud z dosud pozorovaných případů mesenterialních cyst chylosních souditi se dá, objevují se skorem v 77%; možno tedy říci, že symptomy jevící se v kolikovitých bolestech břišních aneb v zácpě ve většině chylosních cyst se dostavují.

Frentzel vykládá symptomy tyto z tlaku nádorů na nervy, probíhající v mesenteriu, a odvolává se jednak na souvislost náhlých kolikovitých bolestí s objevením se nádorů, jednak na nedostavení se symptomů těch při poznenáhlém vzrůstu nádorů, konečně pak na vznik jich v případech těch teprve tehdy, když nádor dosáhl určité velikosti; i sídlo nádoru dle Frentzela zdá

se míti vliv prý na symptomy tyto a to v ten způsob, že cysty poblíže pateře a směrem k ní se vyvíjející tlakem na plexus solaris vyvolávají větší bolestivost.

K výkladu tomu dospěl Frentzel rozborem do doby práce své publikovaných případů cyst a nádorů mesenterialních. Uvedené 4 případy náhlého vzniku nádoru, totiž objevení jeho se strany nemocného, v případech poznenáhlého vzrůstu i poznenáhlé přibývání neb nedostavení se symptomů střevních, výklad tento podporují; leč vážné námitky lze proti výkladu tomu učiniti.

Předně není v žádném z těchto 4 případů cyst chylosních a ani v případech cyst mesenterialních vůbec zjištěno, že nádor skutečně vznikl náhle, jak vším právem Hochenegg podotýká; udání nemocného, že nádor náhle zpozoroval, nezaručuje nikterak též náhlý vzrůst nádoru. Frentzelem udaný vzrůst v přestávkách (ruckweises Wachsthum), jímž autor bolesti kolikovité následkem náhlého zvýšení tlaku na nervy vysvětluje, nemohl jsem v chorobopisech jím uvedených zjistiti.

I co se souvislosti bolestí s místem tumoru týče, nelze výklad Frentzelův za pravdě podobný považovati. V obou případech, jimiž tvrzení své chce odůvodniti, totiž v případech Carterově a Küsterově, sahal nádor sice až k pateři, leč příznaky vyvíjely se právě teprve v poslední době, kdežto u jiných nádorů, vzrostlých vzdáleně od pateře, objevily se ihned z počátku.

Konečně je všeobecně známo, že i v pravé polovině břicha se vyvíjející cysty retroperitonealní probíhají často úplně bez bolestí, i když velkého rozsahu nabyly; tyto tlakem na plexus solaris, nalézající se na pravé straně, byly by zajisté nejzpůsobilejší vyvolávati ony symptomy kolikovité. A což ona rozsáhlá retroperitonealní cysta chylosní Kilianem uveřejněná? Ta dle náhledu Frentzelova byla by musila zajisté nejsilnější symptomy vyvolávati.

Nedá se upříti, že tlak na nervy, probíhající v mesenteriu, vyvolaný vzrůstem nádoru neb snad zvýšením obsahu střevního, ke vzniku aneb k zvýšení bolestí přispěti může; rovněž tak i adhaese rozdílné; jedině však tlaku tomu, jak z uvedeného zřejmo jest, nelze vznik symptomů střevních přikládati.

Jiným mechanismem vykládá Hochenegg symptomy střevní; u svého případu mohl totiž tlakem na jinak nebolestivý nádor a vtlačením jeho do pánve vyvolati tytéž bolesti kolikovité, které pociťoval nemocný již v té době, kdy nádor nebyl ještě hmatným; nechal-li cystu vrátiti se do polohy obvyklé, bolesti tyto zmizely. Z úkazu toho soudí, že střevní bolesti při mesenterialních cystách vyvolány jsou změnou polohy nádoru, tahem, otočením, ohnutím mesenteria nádoru přináležejícího; jako na doklad tvrzení svého poukazuje na případ svůj a Werthův, kde kolikovité bolesti dostavily se vždy po požívání potravy; rozpjetím traktu zažívacího nastala patrně změna polohy nádoru, z této pak otočení mesenteria a příznaky ileu, jevící se v kolikovitých bolestech, úplné zácpě a vrhnutí. V případě Millard-Tillauxově byly příznaky tyto dokonce tak vyvinuty, že stanovena diagnosa na intususscepci střevní.

Není pochybnosti, že vysvětlení příznaků kolikovitých změnou polohy nádoru, otočením se příslušné části mesenteria, po případě volvulem jiné kličky střevní, vyvolaným změnou polohy nádoru, odpovídá spíše pravdě než výklad Frentzelův, který hlavní váhu klade na tlak na nervy.

Výklad Hocheneggův hodí se i pro případ mnou pozorovaný. Nemocný, jak v anamnesi uvedeno jest, počal trpěti hned z počátku bolestmi v krajině žaludkové a náklonností k vrhnutí; později, kdykoli nemocný požil kompaktní stravy, dostavily se bolesti tyto v míře zvětšené a provázeny byly vrhnutím, kdežto po požití tekuté stravy byly bolesti nepatrné a vrhnutí se vůbec nedostavilo. As 10 měsíců po vzniku počátečných symptomů počínaly bolesti z pravidla v krajině lumbalní a přecházely pak v míře zvětšené do krajiny žaludkové; ležel-li nemocný na zádech, dostavily se bolesti v krajině žaludkové a náklonnost k vrhnutí; naproti tomu ležel-li na levém boku, byl spánek úplně klidný.

Význačnými těmito symptomy žaludkovými liší se případ můj od ostatních dosud pozorovaných, které, vyjímaje případ Rubeškův, jevily vesměs příznaky podráždění traktu střevního. Vznikání jich, souvislost s rozdílnou potravou a rozdílnou polohou těla odpovídá pravděnejpodobněji tomu, že vyvolány byly tlakem nádoru na pylorus neb na duodenum, aneb ohnutím duodena, jak při ledvině bloudivé pravostranné pozorujeme.

Co se týče symptomů objektivních, skytal případ můj veškeré známky nádoru intraperitonealního. Vyšetřujeme-li ostatní dosud pozorované cysty chylosní na objektivní symptomy jich a porovnáme-li je s případem mým, nalézáme:

Poloha jich byla ve většině případů nemocnými již od počátku kolem pupku udána; ve 4 případech (Bergmann, Rasch, Hochenegg, Küster) označuje se co sídlo nádoru krajina pupeční; v jednom (Millard-Tillaux) v pravo od pupku, v jednom (Carter) v levo nad pupkem, v případě Rubeškově v levém hypogastriu, v případě Werthově nad symphysou; v našem případě nalézal se nádor něco v levo a nad pupkem. Tato poloha nádorů během doby se nezměnila a zjištěna byla pak také při vyšetření; toliko v případě Carterově následkem silného vzrůstu nedala se při vyšetření poloha v krajině pupeční více dokázati.

Poloha cyst mesenterialních vůbec kolem pupku byla Frentzelem za charakteristickou označena; jak z případů Werthova a Rubešky vysvítá, nelze polohu tuto za typickou prohlásiti; vzhledem k veliké rozloze mesenteria mohou cysty tyto na rozdílných místech se usaditi; není zajisté příčiny, proč by právě vždy v krajině pupeční objevovati se měly. Dlužno tedy výrok Frentzelův opraviti v ten smysl, že cysty mesenterialní a tedy i chylosní ve většině případů se objevují kolem pupku.

Druhý typický příznak cyst mesenterialních vůbec jest velká jich pohyblivost; to platí tím více pro cysty chylosní. Zkoumáme-li totiž tyto na symptom ten, nalézáme:

1) Případ Millard-Tillaux: nádor velice pohyblivý, velikosti as dětské hlavy, který z prvu pokládán za bloudivou ledvinu.

2) Werth: nádor dětské hlavy, velice pohyblivý, zejména ve směru vertikalním, sestupuje do malé pánve a neroste.

3) Bergmann: nemocný zpozoroval před 5ti měsíci nádor velikosti pěsti, pohyblivý, který ponenáhlu roste; při vyšetření nádoru velikosti dětské hlavy zjištěna veliká pohyblivost nádoru v různých směrech.

4) Rasch nezmiňuje se o velikosti, ni o jiných objektivních vlastnostech nádoru.

5) Rubeška zmiňuje se o pohyblivosti nádoru zvící pěsti, ponenáhlu od doby $1^1/_2$ roku rostoucího.

6) Hochenegg nalezl u nádoru nerostoucího a velikosti dětské hlavy excessivní pohyblivost ve všech směrech.

7) Küster popisuje nádor velikosti dětské hlavy ve směru vertikalním velice pohyblivý; vzrůst nádoru nemocná nepozorovala.

8) Carter zmiňuje se ve svém případě, že nádor z prvu velikosti oranže byl velice pohyblivý, kdežto po 2 rocích rozsáhlým vzrůstem svým stal se nepohyblivějším; ve směru lateralním pohyblivost svoji ale podržel.

9) Konečně v případě mém nádor velikosti ledviny ve všech směrech byl excessivně pohyblivým.

Až na případ Raschův, kde symptomy tyto nejsou blíže označeny, jeví tedy veškeré dosud pozorované případy cyst chylosních pohyblivost buď ve všech směrech, neb toliko ve směru vertikalním neb lateralním. Vyšetřujeme-li v případech těchto vliv velikosti, dobu trvání a vzrůst cyst na pohyblivost, doděláme se výsledků negativních. Velikost cysty nikterak nerozhodovala; veliké cysty, pozorované Hocheneggem, Bergmannem, Küsterem, Werthem, jevily právě takovou pohyblivost, jako cysty menších objemů; naproti tomu menší cysta Rubeškova nejevila nápadnou pohyblivost.

Trvání cysty rovněž nemělo účinku; vzrůst konečně toliko v případě Carterově pohyblivost poněkud modifikoval. Srovnáme-li naproti tomu nález sídla cysty v okruží při laparotomii s větší neb menší pohyblivostí cysty, nalezneme: ve 3 případech excessivně pohyblivých cyst (Hochenegg, Werth a případ můj) nalézala se cysta v nejširší části okruzí poblíže inserce jeho na střevu; v jednom případě (Bergmann) odpovídal nádor kličkám tenkého střeva s kratším mesenteriem: v případě Küsterově nádor pohyblivý ve směru vertikalním sahal až k pateři, konečně v případech méně pohyblivých cyst (Rubeška, Carter) sahala cysta téměř až ke kořenu okruží.

Z nálezů těch jest tedy zjevno, že poloha cyst v mesenteriu rozhoduje o větší neb menší jich pohyblivosti, a to v ten způsob, že cysty, nasedající v delších partiích okruží a blíže inserce jeho na střevě, jsou pohyblivější v rozdílných směrech, kdežto cysty, v kratším okruží neb blíže kořene jeho uložené, jeví pohyblivost menší, po případě pohyblivost toliko v jednom směru.

Tato souvislost sídla cyst s větší neb menší pohyblivostí platí ovšem pro cysty rozsahu ne příliš velkého a prosté adhaesí s organy neb stěnami břišními; čím větší cysta je, čím více stlačuje organy dutiny břišní, tím více ztrácí na pohyblivosti; týž poměr nastává, srůstá-li cysta s organy dutiny břišní neb se stěnou břišní; čím četnější jsou adhaese, tím menší pohyblivost.

Největší dosud pozorovaná cysta chylosní mesenterialní byla Carterova; dříve úplně pohyblivá, vzrůstem svým ztratila větší část pohyblivosti své

a vyplňujíc později téměř levou polovinu břišní, byla pak jenom v příčném směru pohyblivá.

Ve všech případech jednalo se o nádory jednotné kulovité, povrchu hladkého, konsistence elastické, napjaté, jevící patrné sídlo intraperitonealní, totiž značnou pohyblivost v dutině břišní a proti stěnám břišním.

Fluktuace patrna byla v případech Bergmannově, Hocheneggově, Rubeškově, Küsterově, Carterově; v ostatních případech buď fluktuace nedokázána, neb vzhledem k tomu, že nádor považován za nádor jiného původu, po fluktuaci nebylo pátráno.

Poměry perkussorní byly rozdílné, dle toho, nalézal-li se nádor těsně pod stěnou břišní, neb byl-li pokryt kličkami tenkého střeva, neb konečně byl-li vtlačen do malé pánve.

Frentzel označil poměry tyto příliš theoreticky, vyvozuje ze vzrůstu nádoru i změny poklepu; počáteční tympanitický poklep nad nádorem vzrůstem mění se prý v ztemnění, později pak v úplně prázdný poklep se zonou bubínkového poklepu kol celého nádoru. Nelze pochybovati, že takové změny v některých případech nastati mohou, leč jako charakteristikon nedají se postupné tyto změny pro mesenterialní cysty vůbec, tím méně pro cysty chylosní označiti. Záležejí zajisté poměry tyto jednak na velikosti cysty, jednak na poloze její, jednak na tom, v jakém stadiu naplnění střev nemocného vyšetřujeme. Cysty většího rozsahu, méně pohyblivé a přiléhající k přední stěně břišní budou jeviti na vrchole svém poklep prázdný a kolkolem poklep bubínkový, kdežto cysty menší a velice pohyblivé nemusí vyvolati žádných změn v poklepu.

Kulovitá forma nádorů chylosních v mesenteriu vysvětlení dochází volným vzrůstem ve vazivu duplikatury okruží lehce se rozepínajícího, pohyblivostí a ústupností kliček střevních, konečně pak tou okolností, že cysty ty nevyvíjejí se blízko organů parenchymatosních, které tlakem svým na podobu jich by působiti mohly.

Poloha jich mezi listy okruží byla rozdílná; u některých případů se cysta vyvíjela stejnoměrně a rozpínala rovněž tak oba listy okruží; u jiných sloužil zadní (zevní) list jaksi za podložku, na které se cysta vyvíjela a přední list daleko více rozpínala; tak tomu bylo ku př. v případě Hocheneggově. V našem případě nastalo něco podobného; na zadní, respect. zevní straně cysty srůst cysty se střevem není patrný; serosa sahá tuto také níže na povrch cysty, kdežto v předu serosní povlak střeva direktně přechází do serosy cysty, která jest jen na hoření části v malém rozsahu patrna. Direktním vývojem nad střevem a srůstem s ním liší se případ náš od dosud pozorovaných; patrně okolnosti tyto byly vyvolány tím, že cysta se vyvíjela direktně nad střevem, rozpínajíc přední list mesenteria více než zadní, až konečně v předu se střevem srostla a okruží ve větším rozsahu cysty se stěnou její splynulo v celek.

Zvláštní pozornosti zasluhují příznaky sešlosti aneb anaemie, které se jevily v případech Werthově, Bergmannově a mém; ve 2 případech posledních dá se povšechný stav anaemie vysvětliti dlouholetým trváním zácpy

a z této vyplývajícím porušeným zažíváním; naproti tomu v případě Werthově nemocná již po 3 měsících jevila silnou sešlost; byla-li tato vyvolána častými kolikami, aneb ztrátou chylu v cystě se nahromaďujícího, nedá se rozhodnouti. Pravdě podobná jest příčina prvá, a to proto, že v ostatních případech nemocní byli individua celkem dobré výživy; nasvědčuje tomu i nemocná Kilianova, stižená rozsáhlou chylosní cystou retroperitonealní; na celkové výživě ztrácela nemocná teprve v poslední době po opětovaných punkcích. Z toho dá se souditi, že ztráta chylu při cystách menšího rozměru nevyvolává ony příznaky anaemie, ač tato možnost není vyloučena.

Diagnosa chylosních cyst do dnes nevykonána ani u jednoho případu správně. Millard a Tillaux svedeni příznaky, poukazujícími na akutní occlusi střevní, diagnostikovali invaginaci střevní, Küster cystu, jejíž sídlo se nedá určiti, Carter a Rubeška stanovili diagnosu na ovarialní cystu, konečně Werth, Bergmann a Rasch vůbec o diagnosu se nepokusili. V případě našem velikost i podoba nádoru, odpovídající i zářezem svým ledvině, svedla nás ku diagnose, že se jedná o bloudivou ledvinu. Diagnosa tato zdála se býti dle uvedeného nálezu úplně jistou, a to tím spíše, ježto při vyšetření v narkose tvar ledvinovitý se dal dobře hmatati; důkaz fluktuace mohl tomuto diagnostickému pochybení zabrániti; dosti silnými stěnami břišními i v narkose byla tato vlastnost nádoru zastřena. Uvedl jsem již na počátku práce, že z 28 případů cyst mesenterialních vůbec podařilo se toliko Pannasovi diagnosu přibližně správně určiti, kdežto v témž případě jiní chirurgové, jako Fergusson, Nélaton diagnosu na cancer encephaloide stanovili. Z toho jest patrno, jak obtížná jest vůbec do dnes diagnosa cysty mesenterialní, nerku-li pak cysty mesenterialní chylosní.

Frentzel poukazuje při diagnose cyst mesenterialních na tři momenty: 1) polohu jich primarní v krajině umbilikalní, 2) velkou jich pohyblivost, 3) náhlý jich vznik, vzrůst v přestávkách a z těch resultující kolikovité bolesti.

Jak na příslušném místě uvedeno bylo, není nikterak náhlý vznik cyst mesenterialních vůbec, tím méně cyst chylosních dokázán; rovněž tak není dokázáno jich náhlé přibývání a tím vyvolané bolesti kolikovité.

Upříti se ovšem nedá, že poloha cyst mesenterialních, jak jsme uvedli i specielně cyst chylosních, většinou bývá kolem pupku; neméně jest i pohyblivost jich a obtíže střevní příznakem dosti význačným; leč symptomy tyto jeví i jiné nádory břišní; kromě toho pak, jak jsem uvedl, v některých případech mohou býti symptomy tyto u chylosních cyst méně vyznačeny, po případě zaměněny obtížemi žaludečními.

Differencialní rozpoznání od jiných nádorů břišních jest právě proto tak obtížné, že postrádáme dosud určitých symptomů jak subjektivních, tak objektivních, dle nichž bychom určitě cysty mesenterialní rozpoznati mohli.

Prvním požadavkem diagnosy jest určení fluktuace, resp. undulace, tedy rozpoznání nádorů cystosních od nádorů solidních. Podaří-li se důkaz ten, dají se dle nálezů uvedených operovaných cyst a úvahou theoretickou přibližně následující objektivní diagnostické momenty pro cysty mesenterialní určiti.

Nehledě k uvedeným vlastnostem, týkajícím se povrchu, konsistence, jednotnosti napjetí jest rozhodující hlavně poloha a pohyblivost.

Polohou nalézati se budou cysty mesenterialní většinou v krajině pupeční a na jisto v rámci tlustého střeva pod žaludkem a nad symfysou. Poměry perkutorické budou rozdílné, dle toho, jak velká jest cysta a jaká poloha její při vyšetření. Cysty rozsahu menšího budou míti vždy poklep kolkolem bubínkový a v před poklep dle polohy své buď bubínkový neb ztemnělý, neb úplně prázdný. Poklepem bubínkovým v celém obvodu charakterisují se cysty mesenterialní menšího rozsahu oproti cystosním nádorům z jiných organů vyrostlým. Při insufflaci tlustého střeva cysty mesenterialní menšího rozsahu buď mizí neb nalézti lze kontury jich poněkud zastřené v rámci insufflovaného střeva. Při insufflaci žaludku nalézají se pod žaludkem insufflovaným.

Druhá charakteristická vlastnost cyst mesenterialních menšího rozsahu jest značná pohyblivost jich v rozdílných směrech; pohyblivostí touto rozeznají se snadno od cystosních zduření žlučníku, která jeví pohyblivost, jak známo, toliko ve směru příčném; dále od menších cystosních nádorů vaječníkových, které, nehledě k jiným charakteristickým vlastnostem, jeví pohyblivost rovněž ve směru příčném; oproti menším pohyblivým cystosním nádorům pankreatickým charakterisují se svojí polohou pod žaludkem, co se týče pak cystosních nádorů omentalních, bude níže o differencialní diagnose pojednáno.

Typickou polohou v rámci tlustého střeva pod žaludkem, bubínkovým poklepem kol celého obvodu, velkou pohyblivostí svojí jsou menší cysty mesenterialní s dostatek charakterisovány. Jestliže však cysty nabyly rozsahu většího, ztrácejí-li pohyblivost svoji, pak diagnosa jich stává se obtížnější. V případě takém nutno říditi se následujícími známými vlastnostmi jiných nádorů cystosních.

Cysty ovarialní vzrůstají z malé pánve a charakterisovány jsou souvislostí s genitaliemi a známými poměry perkutorickými; differentialní diagnosa proti těmto cystám nebude dnes podléhati asi obtížím, dokud cysty mesenterialní nevstupují do malé pánve; jen při velkých cystách, do pánve vstupujících, může diagnosa státi se obtížnější, zejména tehdy, když adnexa vyhmatati se nedají a charakteristická pohyblivost cyst mesenterialních, buď větší nebo menší, dokázati se nedá; anamnesa, původní sídlo nádoru, bolesti kolikovité v případech těžších, diagnosu eventuelně mohou rozhodnouti.

Cystosní nádory retroperitonealní charakterisují se svým vzrůstem, polohou střeva tlustého na vnitřní hraně a známými poměry perkusse, totiž prázdným poklepem, sahajícím od pateře až ku vnitřní hraně cysty a bubínkovým poklepem střeva tlustého na vnitřní hraně; rozeznání cyst mesenterialních od těchto rovněž nebude podléhati obtížím; rovněž tak podaří se vyloučiti fluktuující nádory jater a hydrops cystis felleae, dílem z anamnese, dílem z charakteristických vlastností cystosních nádorů jaterních, jako jsou: poměry poklepu, přechod prázdného poklepu jater bez zóny poklepu bubínkového do prázdného poklepu nádoru, sdílení pohybů respiračních, direktní přechod nádorů v játra atd.

Ohraničený exsudat peritonealní v krajině umbilikalní neb kdekoliv jinde charakterisuje se svojí nepohyblivostí, z pravidla neurčitou formou, mírnějším napjetím a nepatrnými změnami poklepu při různých polohách těla; neméně rozhodne i anamnesa, totiž zjištění nějakého onemocnění, z něhož bychom na vznik ohraničené peritonitidy souditi mohli.

Pankreatické cysty vyznamenávají se typickou polohou svojí za žaludkem, která jest tím patrnější, čím více insufflujeme žaludek; i oproti těmto vzácným cystám, jevícím částečně i pohyby respirační, bude možno cysty mesenterialní diagnostikovati.

Obtížné jest ale rozpoznání od cyst omentalních; dle zkušeností některých autorů cysty omentalní srůstají záhy s předními stěnami břišními; příznaky pak se strany traktu střevního jeví se ponejvíce toliko v mírné obstipaci. Dle těchto vlastností daly by se snad cysty omentalní oproti cystám mesenterialním rozpoznati; byla by to hlavně nepohyblivost jich, která by k differencialní diagnose vésti mohla. Intensita příznaků střevních zajisté rozhodovati nemůže neb známy jsou cysty mesenterialní, které nevyvolávají téměř žádných obtíží střevních, a naopak cysty omentalní, při nichž adhaesivní peritonitidy rovněž tak silné bolesti kolikovité vyvolati mohou.

Není-li pocit fluktuace zcela určitý, dlužno vyloučiti lipom v mesenteriu vyrůstající a bloudivou ledvinu. Co se týče této, jest rozpoznání častějším vyšetřováním, zjištěním cev v hilu probíhajících možno a patří zajisté k výjimkám, aby tvar cysty tak nápadně se podobal ledvině jako v případě našem. Lipomy, jak známo, jeví často pseudofluktuaci; poznenáhlý vzrůst jich, povrch laločnatý, při častějším vyšetření zjištěná měkká konsistence lipomů, rozhodne o diagnose.

Differentialní diagnostika cyst mesenterialních dle právě uvedeného rozboru zdá se býti dosti snadnou a činiti bude vždy asi rozpoznání od cyst omentalních největší obtíže. Na základě zkušeností, které jsme u jiných častějších nádorů břišních nabyli, dalo by se souditi, že per exclusionem správnou diagnosu stanoviti bychom mohli. Jak daleci jsme toho, nejlepším důkazem jest, že dosud správně diagnosa ani v jednom případě učiněna nebyla; nádory genitalií, žaludku, ledvin, uteru činí do dnes, vzdor zdokonalení techniky diagnostické, často ještě dosti velké obtíže diagnostické; i nelze se diviti, že diagnostika cyst mesenterialních, o nichž máme dosud tak malé zkušenosti, nalézá se na tak malém stupni.

Nalézá-li se diagnostika cystosních nádorů mesenterialních vůbec v plénkách, platí to tím více pro cysty chylosní. Diagnosa jich dala by se dnes toliko probatorní punkcí dle charakteristického mlékovitého obsahu určiti; tato jest jako pomůcka diagnostická zejména při nádorech břišních vším právem opuštěna. Z okolnosti, že z 13 dosud naprosto v mesenteriu zjištěných cyst 9 bylo chylosních, dá se předpokládati, že ve většině případů se bude jednati o cysty chylosní; vzhledem k tomu, že při diagnose nejedná se tak ani o důkaz chylosní cysty, jako spíše o důkaz sídla nějaké cysty v mesenteriu, spokojíme

se domněnkou na chylosní obsah a ponecháme rozhodnutí otázky této nálezu při operaci a vyšetření mikroskopickému a chemickému.

Therapie mesenterialních cyst a specielně i chylosních jest jen chirurgická; indikací jest přítomnost nádoru břišního a jím buď více neb méně vyvolané obtíže traktu digestivního, které všem prostředkům interním vzdorují a v některých případech k seslabení celého organismu vésti mohou.

Chirurgická encheiresa jest dvojí, buď vyprázdnění vaku per laparotomiam a sešití stěn cysty se stěnami břišními, neb enucleace respective exstirpace cysty. Jednoduchá punkce subkutanní a vyprázdnění obsahu vším právem, jako při jiných cystosních nádorech břišních, jest zavržení hodna; jednak jest operace ta jen paliativní, dočasná, jednak může lehce propíchnutím střeva nastati smrtná peritonitida.

Zašití stěn incidované, vyprázdněné a eventuelně částečně resekované cysty hodí se pro ony případy, kde četné adhaese se střevem neb rozsáhlost a poloha cysty blízko pateře brání enucleaci. Methodou touto operoval Bergmann, Rasch, Carter; nemocný Carterův zemřel šestý den po operaci pod příznaky septicaemie a vnitřního krvácení; při sekci shledána ve stěně cysty otevřená céva, která bezpochyby při přišití stěn cysty poraněna byla. Prvé dva případy se zhojily.

Výkonem pro nemocného, hlavně co se týče doby dodatečného léčení, výhodnějším jest exstirpace cysty; tato záleží buď v enucleaci, totiž nafíznutí listu mesenterialního a vypraeparování vaku po vyprázdnění jeho incisí neb troicartem; neb v exstirpaci cysty, totiž resekci mesenteria a eventuelně i resekci střeva.

Enucleaci provedli s úplným zdarem Millard, Werth, Hochenegg a Rubeška. Není-li většího srůstu listů mesenterialních se stěnou cysty, dá se cysta z polohy své v mesenteriu odstraniti; při tom nutno hlavně dbáti toho, aby cévy v listech mesenterialních probíhající nebyly zraněny.

Naproti tomu srůstá-li povrch cysty s listy mesenterialními, nelze-li pak cystu bez větší resekce mesenteria enucleovati, jest enucleace, vlastně již exstirpace cysty výkonem povážlivým; klička střevní zbavená totiž i v malém rozsahu svého mesenteria, následkem nedostatečné výživy lehce propadnouti může gangraeně; z této pak resultuje z pravidla smrtná peritonitida.

Čím blíže nalézá se cysta střevu, tím jest nebezpečí toto větší; v takých případech, nelze-li enucleaci bez resekce jen poněkud větší části mesenteria vykonati, bylo by zajisté rozhodnou chybou oddávati se naději, že dotyčná klička střevní nalezne výživy ze sousedních cév, po exstirpaci cysty kličku střevní do dutiny břišní reponovati. V nejistých takých případech nutno podezřelou kličku v ráně operativní fixovati a teprve po 24 hodinách o reposici neb dodatečné resekci se rozhodnouti.

Jestliže těsně pod střevem uložená cysta jest ve větším rozsahu svém se serosou úplně srostlá, nastane-li velký defekt v mesenteriu po exstirpaci

cysty, pak jest i resekce střeva dotyčného indikována. V případech srůstu cysty se střevem jest nutnost tato tím větší. Tak tomu bylo v případě mém; úplný srůst cysty s předním a zadním listem mesenterialním, srůst cysty se střevem, zabránil veškeré další pokusy enucleace cysty; že srůst ten byl úplný, toho důkazem bylo obnažení a roztržení svalstva střevního při prvním pokuse enucleace. Neváhám tvrditi, že bych i v tom případě resekci byl vykonal, kdyby se bylo podařilo adhaerující kličku odpraeparovati; enucleace cysty bez resekce mesenteria pro těsný srůst, lépe řečeno vymizení povlaku serosního, nebyla možna; tento defekt mesenteria těsně nad kličkou byl by zajisté pak nutnost resekce vyvolal.

Výsledky dosud operovaných cyst chylosních jsou dosti dobré; z devíti dosud operovaných případů zemřeli dva, což činí 22% úmrtnosti; tyto dva případy spadají do doby, kdy chirurgie břišní nalézala se celkem ještě v plénkách; ostatní případy v pozdější době operované se vesměs uzdravily. V nynějším stadiu chirurgie břišní jest tudíž prognosa operací při cystách chylosních mesenterialních velice přízniva.

Literatura.

Augagneur. Tumeurs du mésentère. Paris 1886.

Bramann. Ueber Chyluscysten des Mesenteriums. Archiv f. klin. Chirurgie Bd. XXXV. pag 201.

Carter. British med. Journal. 1883, pag. 7.

Frentzel. Zur Semiotik und Therapie mesenterialer Cysten. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 1892, pag. 129.

Hahn. Ueber mesenteriale Cysten. Berliner klin. Wochenschrift 1887. No. 23.

Hlava. O zvláštní přeměně kystoidní žlaz mesenterialních. Sborník lékařský. Svaz. I. 1887.

Hochenegg. Ueber cystische Mesenterialtumoren. Wiener klin. Rundschau. 1895, pag. 81.

Ipavic. Hygroma cysticum congenitum, geheilt durch antiseptische Drainage. Wiener med. Wochenschrift 1891, pag. 1039.

Höster. Verhandlungen der Würzburger phys. med. Gesellschaft 1872.

Küster. Ein chirurgisches Triennium 1876—1878. Berlin 1882.

Péan. Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen et du bassin.

Ranke. Zur Anatomie der serösen Wangencysten. Archiv f. klin. Chirurgie Bd. XXII., pag. 707.

Rasch. Large chylous cyst of the Mesentery. The Lancet 1889. II., pag. 1064.

Rokitansky. Lehrbuch der pathologischen Anatomie. Bd. II. u. III.

Rubeška. O cystách mesenterialních. Časopis č. lékařů 1889.

Samter. Ueber Lymphangiome der Mundhöhle. Archiv für klin. Chirurgie. Bd. XLI.

Tillaux. Bulletin de l'académie de médecine, séance du 17. VIII. 1880.

Virchow. Berliner med. Gesellschaft. Sitzung vom 16. März 1887. Berliner klin. Wochenschrift. 1887, pag. 248.

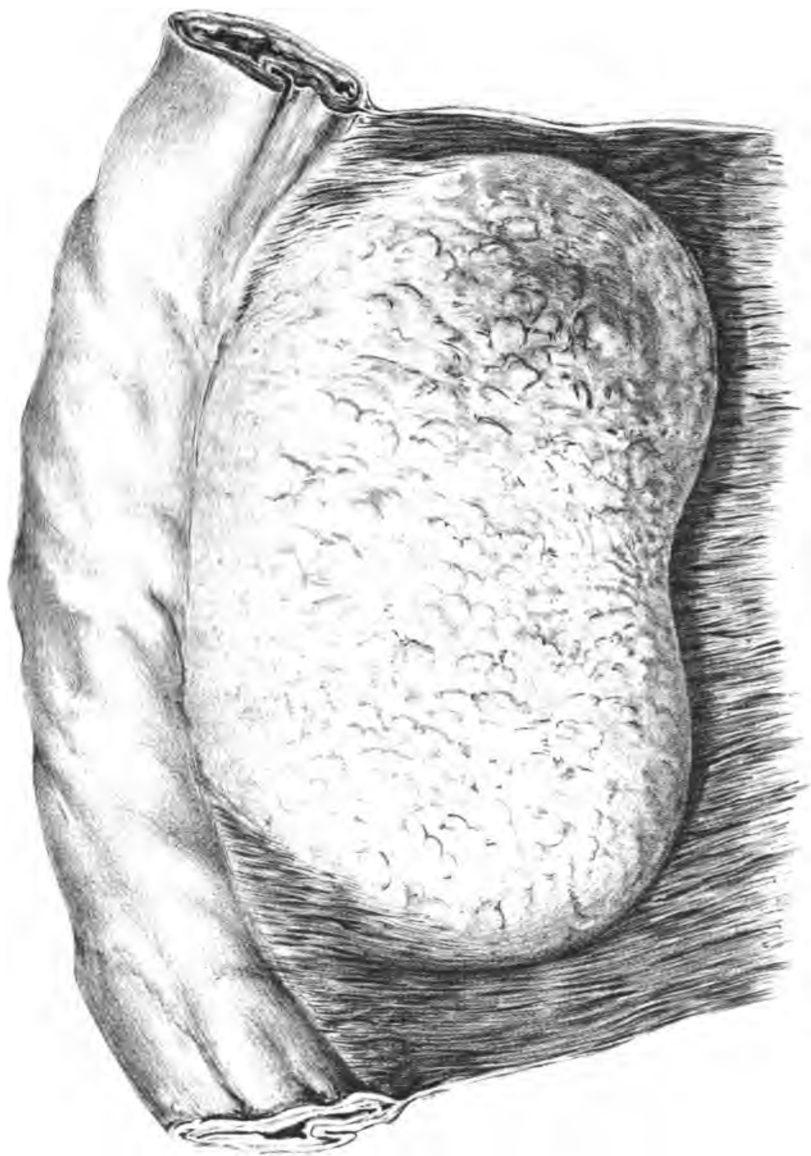
Wegner. Ueber Lymphangiome. Archiv für klin. Chirurgie Bd. XX., pag. 641.

Weichselbaum. Virchow's Archiv 1875. Bd. LXIV., pag. 145.

Werth. Exstirpation einer Cyste des Mesenteriums Ilei. Archiv f. Gynaekologie 1882. Bd. XIX., pag. 321.

Winiwarter. Die chirurgischen Krankheiten der Haut und des Zellgewebes. Deutsche Chirurgie 23.

DR. OTAKAR KUKULA: O CHYLOSNÍCH CYSTÁCH MESENTERIA.



NAME	DATE DUE